# ANCORA UN CASO

DI

# RIPARAZIONE OSSEA

(METODO DI KÖNIG)

## IN UNA SCONTINUITÀ CRANICA

---


DOTT. ALESSANDRO CODIVILLA

CHIRURGO E DIRETTORE

DELL'OSPEDALE DI CASTIGLIONE FIORENTINO






BOLOGNA

TIPOGRAFIA GAMBERINI E PARMEGGIANI

1892


22502860534

# ANCORA UN CASO

DI

# RIPARAZIONE OSSEA

(METODO DI KÖNIG)

## IN UNA SCONTINUITÀ CRANICA

---

DOTT. ALESSANDRO CODIVILLA

CHIRURGO E DIRETTORE

DELL'OSPEDALE DI CASTIGLIONE FIORENTINO



BOLOGNA

TIPOGRAFIA GAMBERINI E PARMEGGIANI

—

1892



Se le breccie del cranio debbano chiudersi mediante atti operatori speciali dal Chirurgo adoperando tessuto osseo, od altra sostanza che di questo abbia la resistenza, o debbano lasciarsi a loro stesse, affidandone la riparazione più o meno completa alle parti molli, non è tuttora deciso dagli operatori. Nè è deciso il mezzo che meglio giunga senza inconvenienti consecutivi allo scopo di ridare al cranio nel punto leso la consueta resistenza e stabilità.

Io ho brevemente accennato altra volta a tali questioni (1) ed ho passato in rivista i mezzi di riparazione delle scontinuità craniche, che i Chirurgi avevano in diversi tempi consigliati. E la quistione mi pare ancora allo stesso punto di quando pubblicai le mie considerazioni in proposito: regna cioè tuttora molta incertezza sul da farsi; incertezza dovuta in gran parte a ciò, che su alcuni dei mezzi consigliati per riparare la soluzione di continuo della teca cranica non può darsi un sincero giudizio, poichè

(1) Codivilla. — Dei mezzi di riparazione delle scontinuità craniche. Archivio d'Ortopedia, anno 1891.

manca una estesa raccolta di casi clinici, i quali ne comprovino il rispettivo valore. Perciò aggiungerò questo mio caso ai pochi pubblicati di riparazione di perdita di sostanza del cranio per mezzo del metodo osteoplastico di König. Sarà un' osservazione dippiù, e messa insieme alle altre potrà in un tempo più o meno lontano servire a comprovare il vero valore del metodo. Ecco in breve la descrizione del caso.

*Frattura aperta dell' osso frontale con infossamento dei frammenti. Asportazione dei frammenti. Sutura di ferita della dura madre. Tamponamento della soluzione di continuo. Riparazione secondaria mediante un lembo d' osso e di parti molli preparato secondo il metodo di König. — Guarigione.*

Il giorno 3 Aprile 1892, venne accolto d' urgenza Bolognini Angiolo, di Vitiano, di 28 anni, il quale aveva riportata una grave ferita alla fronte. Coloro che lo accompagnarono riferirono di averlo raccolto privo di coscienza in camera sua, dove poco innanzi lavorava attorno a polvere pirica. L' infermo disse dappoi che una notevole quantità di questa prese fuoco, e da ciò fu causata la grave lesione. Lo scoppio aveva pure staccato dal muro dei pezzi di pietra che furono lanciati a guisa di proiettili. Trascurerò la descrizione di altre piccole ferite che si rinvennero alla faccia. La ferita alla fronte era ampia, occupava la regione mediana al disopra delle glabella e da un lato e dall'altro si estendeva a buona parte della regione sopraccigliare. Il diametro verticale era circa di 5 centimetri. Le parti molli erano fortemente contuse e cauterizzate per una buona estensione.

Un delicato esame praticato col dito nell' interno della ferita faceva riconoscere che l' osso frontale era per tutta l' estensione della ferita delle parti molli fratturato in diversi pezzi, molti infossati verso la cavità cranica, alcuni facilmente mobili. L' uomo aveva ripreso i sensi una mezz' ora dopo l' avvenimento, ma era rimasto in un lieve stato di stupore. Nessun disturbo della sensibilità e della motilità. Il polso era lento e forte.

Sotto la narcosi cloroformica fu operato d' urgenza. Con una lunga incisione verticale e due brevi orizzontali furono formati tre lembi di parti molli che furono arrovesciati sui lati. La lesione ossea fu così largamente scoperta: occupava quasi tutta l' estensione della soluzione di continuo delle parti molli. L' osso era fratturato in piccoli pezzi che erano stati abbassati verso l' interno della cavità cranica. L' esame del bordo limitante la parte fratturata non mostrò che la frattura in alcuni punti si fosse irradiata verso le parti circostanti della calotta cranica o verso la base del cranio. I frammenti avevano perduto ogni connessione colle parti molli. Di questi i mobili vennero spostati con acconci movimenti di leva, gli altri furono resi mobili tagliando a colpi di scalpello i bordi dell' osso sano circostante, nei quali i frammenti si erano incastonati. Furono asportati così circa quattro pezzi dalla grandezza della moneta di 2 centesimi a quella di un centesimo, e molti altri più piccoli.

La lesione aveva aperto ambedue i seni frontali, ma mentre a destra la parete posteriore del seno era sana ed il seno era aperto solo in parte, a sinistra la frattura era molto più estesa e la parete posteriore era pure fratturata ed i frammenti avevano leso le meningi e le circonvoluzioni cerebrali. Anche sulla linea mediana mancava la parete ossea, ma il seno longitudinale non era aperto.

La breccia del cranio comunicante coll' interno della cavità era a confini alquanto irregolari — più ampia trasversalmente misurava in questo senso circa 5 centimetri — in senso verticale 4 cm. La ferita della dura madre fu suturata col catgut: buona parte dei lembi era in tali condizioni che si dovette asportare, e la breccia osseo-cutanea fu tamponata con garza iodoformica.

Non si tentò di riapplicare i frammenti ossei asportati o di chiudere la scontinuità delle parti molli perchè e le condizioni della ferita prima che s' intraprendesse l' atto operatorio, e la comunicazione della soluzione di continuo colle cavità nasali mercè i seni frontali largamente aperti, non davano sufficiente garanzia che fosse sperabile un decorso asettico della ferita.

Il decorso post operatorio fu dei migliori. L' infermo si riebbe dopo breve tempo: non ebbe elevazioni abnormi di temperatura e lo stato psichico ritornò poco dopo normale — nè disturbi furono notati dipendenti da alterazione nelle funzioni delle circonvoluzioni cerebrali.

Fu medicato per la prima volta 7 giorni dopo l' operazione: il fondo della ferita si vide ricoperto di belle granulazioni rosse; la porzione di meningi scoperta era pulsante.

In duodecima giornata fu riparato alla scontinuità dell' osso e delle parti molli nel modo seguente: fu disegnata a destra un lembo di parti molli di forma presso a poco circolare, di poco più ampio della parte mancante di cute ed inciso tutto all' intorno in massima parte : il peduncolo fu lasciato verso il basso fra la glabella e la metà del sopracciglio destro. I diametri del lembo erano di circa 5 cm. su 4. Venne allora distaccato un sottile strato d' osso di superficie un po' meno ampia del lembo. Si adoprarono dapprima dei sottili e stretti scalpelli, che tenuti in direzione quasi parallela alla superficie esterna del cranio distaccarono a poco a poco circolarmente la lamina ossea dagli strati sottoposti. Quando per una buona parte fu separato tutto all' intorno l' osso, le connessioni, che pure rimanevano, furono tolte distaccando l' osso resecato mediante l' introduzione di una leva larga e sottile. Solo in uno dei bordi si staccò un piccolo pezzo di osso, il quale perdette pure le connessioni colle parti molli, e per questo non venne utilizzato a chiudere la breccia cranica. La lamina ossea fu formata da una parte, la più alta, dal tavolato esterno dell' osso frontale ; nella parte più bassa dalla intera parete esterna del seno frontale destro. Misurava circa 4 cm. di diametro.

Il lembo d' osso e di parti molli fu facilmente portato a coprire la primitiva soluzione di continuo, e dai lati furono abbassati lembi di cuoio capelluto per chiudere la ferita lasciata aperta collo spostamento del lembo d' osso e di parti molli. Sutura tutto all' intorno con seta. Nessun drenaggio. Otto giorni dopo, la riunione dei margini della ferita è completa ; la regione operata non è in modo alcuno dolente, e l' osso che ha servito a coprire la scontinuità del cranio pare stabilmente fissato. L' infermo esce in dodicesima giornata. Egli si è presentato pochi giorni sono in ottime condizioni (2 mesi e mezzo dopo). Nessun dolore, l' osso resecato completamento fissato.

Aggiungo poche parole alla narrazione del caso. Io rivolsi a me stesso una domanda, che ora potrebbe essermi fatta da altri; se cioè era necessario chiudere stabilmente con tessuto osseo la soluzione di continuo del cranio.

La possibilità di funesti accidenti consecutivi alla mancanza di stabilità, di resistenza della parete cranica è stata messa in vista le molte volte dall' osservazione cli-

nica. Fortunatamente nè le ernie cerebrali, nè i disturbi dovuti agli stiramenti ed agli spostamenti che la corteccia del cervello subisce quando questo non è contenuto a dovere, non si manifestano in ogni caso. Se ciò accadesse si dovrebbe forse bandire dai mezzi di cura di molte affezioni endocraniche dipendenti da un eccesso di pressione, la trapanazione, o almeno si dovrebbe non farla seguire mai dall' asportazione del disco osseo, togliendo così al chirurgo la possibilità di giovare in alcuni casi di epilessia. Ma, se in queste circostanze speciali, nelle quali la formazione di una scontinuità ossea costituisce appunto (V. a questo riguardo la descrizione di un caso d' Ollier (1)) lo scopo dell' atto operativo, sarebbe tutt' altro che bene l' apprestarsi a ridare al cranio la sua continuità, ve ne hanno molti altri, nei quali io credo sia dovere del Chirurgo tentare di ridonare alla teca cranica nel punto leso la resistenza e la stabilità primitiva.

E questi sono in generale quei casi, nei quali la breccia ossea è ampia e non esistono controindicazioni alla sua chiusura. In queste circostanze il cervello si trova facilmente in balia dei traumi e sottoposto continuamente a cambiamenti di posizione in rapporto ai facili mutamenti di pressione endocranica. Il caso del König (V. Centralblatt 1890, pag. 497) è abbastanza dimostrativo a questo riguardo. E nell' osservazione suaccennata fu l' ampiezza relativamente grande della perdita di sostanza del cranio ciò che più che tutto mi indusse ad adottare un tale processo di chiusura della scontinuità.

In secondo luogo fui tratto ad eseguire una operazione plastica anche dalla considerazione che altrimenti la defor-

(1) Traité de Résections. Tom. 3.° Pag. 761.

mità molto probabilmente sarebbe stata notevole, e, per la posizione, molto visibile e sconcia: notevole deformità, perché a causa del considerevole spessore dei bordi della breccia (questi in gran parte erano formati da due pareti de' seni frontali) le parti molli esterne si sarebbero trovate a grande distanza dalla dura madre, il che avrebbe reso necessaria un' estesa e profonda infossatura per parte di queste. O, se ciò non fosse avvenuto, si sarebbe necessariamente verificata un' altra condizione e cioè, il sollevarsi dei tessuti endocranici fino a raggiungere la superficie esterna del cranio e con ciò il prodursi di quegli spostamenti e trazioni continue per parte del cervello così spesso gravi. La formazione della parte ossea del lembo (tavolato esterno del cranio e parete anteriore del seno frontale destro) ha notevolmente diminuito verso destra lo spessore dei bordi della breccia e reso così molto meno grave la deformità.

Altre considerazioni non credo necessario fare perchè dovrei ripetere in gran parte quanto ho detto altra volta. Il caso ora descritto deve porsi accanto a quelli di König (1), di Schönborn (2) e di Wolf (3); altri del genere non mi è stato dato di trovare nella letteratura medica.

---

(1) l. c.

(2) Ein Fall von knöchernem Ersatze eines grossen Schädeldefektes nach der Methode von König. XX. Congresso dei Chirurgi tedeschi 1891. Beilage zum Centralblatt für Chirurgie, pag. 88.

(3) id. id., pag. 90.